



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

***RELAÇÃO ENTRE MEMÓRIA E QUALIDADE DE VIDA  
EM VÍTIMAS DE AVC***

**André Alexandre de Jesus Marques**

Dissertação  
**Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia**  
**Especialização em Neuropsicologia**

**2013**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

***RELAÇÃO ENTRE MEMÓRIA E QUALIDADE DE VIDA  
EM VÍTIMAS DE AVC***

**André Alexandre de Jesus Marques**

Dissertação  
**Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia**  
**Especialização em Neuropsicologia**

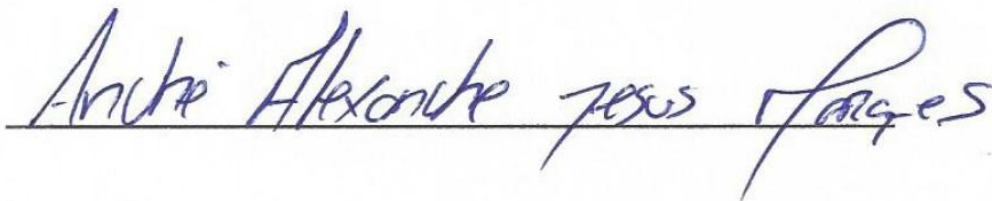
**Trabalho efetuado sob a orientação da Doutora Alexandra  
Reis**

**2013**

# ***RELAÇÃO ENTRE MEMÓRIA E QUALIDADE DE VIDA EM VÍTIMAS DE AVC***

## **Declaração de Autoria de Trabalho**

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.



André Alexandre dos Paes

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Copyright © André Marques

## Resumo

Os défices de memória e alterações na qualidade de vida constituem duas ocorrências frequentes após um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Inúmeras investigações mostram uma relação causal entre a memória e o AVC. Porém, os estudos encontrados na literatura, nomeadamente os que se centram no estudo da qualidade de vida, têm evidenciado associações quase inexistentes, com informações pouco precisas acerca das implicações do AVC sobre a qualidade de vida destes doentes (Indredavik, Slordahl, Bakke, Rokseth & Haheim, 1997; Makiyama, Battistella, Litvoc & Martins, 2004; Morimoto, Schreiner & Asano, 2003). Neste contexto, esta investigação procurou analisar a provável relação entre défices de memória e as implicações destes défices na qualidade de vida em doentes vítimas de AVC, apresentando os diferentes tipos de memória, preditores de cada domínio da qualidade de vida.

Foram incluídos neste estudo 21 participantes, com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos, vítimas de AVC e que se encontravam em regime de internamento no Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais. Foi realizada uma avaliação neuropsicológica das funções mnésicas através da *Wechsler Memory Scale - III* (WMS-III), e a qualidade de vida através da *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-BREF, Vaz Serra et al., 2006).

Os resultados mostraram uma correlação positiva entre todos os domínios da WMS-III e os domínios do WHOQOL-BREF. Os modelos preditores encontrados explicam entre 43,4% e 71,9% da variância dos domínios de qualidade de vida, tendo sido identificada a memória lógica como preditora dos domínios geral, físico, psicológico e relações sociais, e a memória de dígitos como preditora do domínio ambiente. Estes resultados sugerem a importância da memória para a determinação da qualidade de vida das pessoas vítimas de AVC.

**Palavras-chave:** Acidente vascular cerebral, memória, qualidade de vida.

## **Abstract**

Memory deficits and changes in quality of life are one of the most striking features after a cerebrovascular accident (CVA). Several investigations show a causal relationship between memory and stroke. However, the studies found in the literature, in particular focusing on the study of quality of life, have shown the opposite, with little accurate information about the implications of the stroke on the quality of life of these patients (Indredavik, Slordahl, Bakke, Rokseth & Haheim, 1997; Makiyama, Battistella, Litvoc & Martins, 2004; Morimoto, Schreiner & Asano, 2003). In this context, this research tried to find the possible relationship between memory deficits and quality of life in patients who suffered stroke, presenting the different types of memory, predictors for each domain of quality of life.

The study included 21 participants, aged between 40 and 70 years old, victims of stroke and who were at the Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais. A neuropsychological evaluation of memory functions was performed across the Wechsler Memory Scale - III (WMS-III), and quality of life through the World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF, Vaz Serra et al., 2006).

The results showed a positive correlation between all areas of the WMS-III and the WHOQOL-BREF. The models found explain between 43.4% and 71.9% of the variance of quality of life domains and logical memory has been identified as a predictor of general areas, physical, psychological and social relationships, as a predictor of the domain environment. These results suggest the importance of memory in the analysis of the quality of life in people who suffered from stroke.

**Keywords:** Stroke, memory, quality of life.

## **Dedicatória**

Este trabalho é dedicado a todos que de alguma forma contribuíram para a sua elaboração.

## **Agradecimentos**

Este trabalho que agora termino, é fruto de muito esforço, devoção e espírito de sacrifício. Um produto de experiências adquiridas ao longo de vários anos e com o contributo de inúmeras pessoas. Obviamente que não poderia deixar de nomear certas personalidades que aqui estão referenciadas pois sem elas não seria possível este Mestrado que agora termino. Um percurso académico não se resume apenas à aquisição de conhecimentos mas sim de uma filosofia de vida que cada um constrói.

À orientação da Doutora Alexandra Reis, pelas suas sugestões e ideias na procura de novos caminhos no concretizar deste trabalho.

Aos meus Pais, pelos seus ensinamentos e pela importância sempre dada ao estudo transmitida nos momentos mais difíceis. Pelo seu apoio não só financeiro mas psicológico, um bem-haja.

À Maria, minha esposa, pelo apoio incondicional transmitido ao longo destes cinco últimos anos. Obrigado por fazer parte da minha vida...Amo-te.

Ao Corpo de Fuzileiros, pela Honra, Lealdade, Camaradagem e Amor à Pátria, transmitidos e inculcados ao longo de vários anos de serviço militar. Há mil sonhos ainda a viver, mil batalhas ainda por travar. Cantemos o orgulho de quem sabe ser Fuzileiro, só tem Pátria quem sabe morrer, só tem Pátria quem sabe lutar!

Ao Sensei Henrique Carriço, que não passou despercebido no processo de desenvolvimento do meu carácter ao longo dos últimos 20 anos. O meu muito obrigado. OSS!!

A todos os meus amigos que de alguma forma contribuíram para aquilo que sou hoje, um ser humano de grandes desafios e sempre pronto para lutar em prole de causas justas.

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Definição de Acidente Vascular Cerebral .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Epidemiologia .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2. Tipos de Acidente Vascular Cerebral .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3. Défices Físicos e Psicológicos pós AVC .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Memória.....</b>	<b>13</b>
<b>3. AVC, Qualidade de Vida e Memória .....</b>	<b>15</b>
<b>4.Objetivos.....</b>	<b>19</b>
<b>5. Metodologia .....</b>	<b>20</b>
<b>5.1. Amostra .....</b>	<b>20</b>
<b>5.2. Instrumentos .....</b>	<b>21</b>
<b>5.3. Procedimentos .....</b>	<b>24</b>
<b>5.4. Análise Estatística .....</b>	<b>24</b>
<b>6.Resultados.....</b>	<b>25</b>
<b>7. Discussão.....</b>	<b>28</b>
<b>8. Reflexão Final.....</b>	<b>31</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>32</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>40</b>



Índice de Tabelas

Tabela 5.01.....21

Tabela 5.02.....22

Tabela 6.01.....25

Tabela 6.02.....26

Tabela 6.03.....27

Tabela 6.04.....27

Tabela 6.05.....27

Tabela 6.06.....27

Tabela 6.07.....28

## **Introdução**

O rápido avanço das ciências médicas, humanas e sociais, tem permitido um aumento notório da esperança de vida. Tendo em conta esta conjuntura, torna-se necessário garantir uma melhor qualidade de vida por um maior período de tempo possível. Quando menos esperamos, e porque a esperança de vida é cada vez maior nos países desenvolvidos, somos surpreendidos por uma qualquer doença que traz consigo impedimentos, limitações e a necessidade de cuidados continuados. Por esta razão, torna-se imprescindível que a Medicina e todas as áreas que a esta estão associadas, estejam aptas para socorrer as vítimas de AVC. O AVC é um problema importante de saúde pública, cada vez mais frequente, que representa uma das principais causas de mortalidade em Portugal (Costa, 2003) e a principal causa de incapacidade neurológica nomeadamente, de disfunções motoras e cognitivas.

Estima-se que cerca de 18 milhões de pessoas terão um AVC em 2015 e aproximadamente 1/3 destes resultarão em óbitos, sendo que grande parte dos restantes contrairão algum tipo de incapacidade. Os estudos indicam que, na próxima década, devido ao envelhecimento progressivo das populações e ao não controlo de fatores de risco, a mortalidade por AVC aumente 20% nos países em desenvolvimento e 10% nos países desenvolvidos (Schafer, Oliveira-Menegotto & Tisser, 2010). É, portanto imprescindível que no processo de internamento destes doentes, os profissionais devam estar atentos a eventuais alterações cognitivas que possam comprometer a qualidade de vida, e dentre estas alterações, incluímos claro está, a que diz respeito à nossa investigação: a memória. Um diagnóstico e uma intervenção precoce em relação aos défices cognitivos dos portadores de AVC, trará certamente uma melhoria significativa no processo de recuperação e consequentemente uma maior qualidade de vida pós-alta.

O AVC é uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo no encéfalo, causado por obstrução (AVC isquémico) ou rutura (AVC hemorrágico) de uma artéria cerebral. Os sinais clínicos estão relacionados diretamente com a localização e extensão da lesão, assim como, da presença de irrigação colateral (Lewis & Patogênese, 2002; citado por Scalzo, Souza, Moreira & Vieira, 2010). As incapacidades neurológicas e cognitivas que podem advir de um AVC podem ter consequências negativas no estatuto sócio-económico do doente tendo em conta a necessidade de recorrer a vários atos médicos para diagnóstico, tratamento e reabilitação da doença.

O AVC é desta forma um episódio inesperado e stressante, já que ameaça o senso do controlo pessoal, exigindo um grande esforço adaptativo por parte das vítimas, que de alguma forma procuram através de recursos emocionais e cognitivos minimizar as restrições impostas pela doença (Terroni, Mattos, Sobreiro, Guajardo & Fráguas, 2008), sendo inevitável um declínio global na qualidade de vida do paciente pós-AVC (Ellis – Hill et al., 2000; citado por Schafer, Oliveira – Menegotto & Tisser, 2010).

Défices associados à memória são problemas recorrentes enfrentados por doentes vítimas de AVC, resultando no comprometimento das atividades quotidianas, e consequentemente na independência dessas pessoas. Conforme Allegri, López e Carrá (1993), doentes com lesão no hemisfério cerebral esquerdo apresentam défices na memória verbal, ao passo que, doentes com lesão cerebral à direita apresentam comprometimento da memória visual.

Diante do cenário que a literatura nos apresenta, fica clara a importância e a necessidade dos doentes, após o AVC, receberem atendimento psicológico, visando a sua reabilitação, ajustamento psicológico e bem-estar (Schafer et al., 2010). Neste sentido, um dos grandes desafios da clínica tem sido o desenvolvimento de técnicas que auxiliem na avaliação e reabilitação das funções cognitivas acometidas pelo AVC, inclusive da memória.

Com o intuito de se compreender melhor as consequências ao nível cognitivo, nomeadamente da memória, dos AVC's e as repercussões das alterações cognitivas na qualidade de vida, neste trabalho será analisada a relação entre perturbações da função memória e a qualidade de vida em doentes com AVC. Mais concretamente analisou-se se a preservação da função memória após um AVC poderá representar uma melhor qualidade de vida em comparação com os restantes doentes que apresentam essa função comprometida.

## **1. Definição de Acidente Vascular Cerebral**

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization - WHO -, 1978), o AVC é uma disfunção neurológica aguda de origem vascular, seguida da ocorrência súbita ou rápida de sinais e sintomas relacionados com o comprometimento de áreas focais no cérebro. Isto sucede-se, sempre que um coágulo se forma num vaso sanguíneo cerebral ou é transportado para o cérebro depois de se ter formado noutra parte do corpo, interrompendo o fornecimento de sangue numa região do cérebro. O AVC pode resultar, também, na ruptura de uma artéria cerebral e, neste caso, o sangue, que dela extravasa, vai destruir o tecido cerebral circundante. Em qualquer um dos casos, o tecido cerebral é destruído e, portanto, o seu funcionamento é afetado (Direcção Geral da Saúde, 2000).

Sabe-se que é o cérebro que comanda os nossos movimentos, tendo em conta os estímulos. O lado direito do cérebro comanda o lado esquerdo do corpo, sendo que o lado esquerdo comanda a parte direita do corpo. Portanto, uma lesão hemisférica direita pode causar paralisia do lado esquerdo e vice-versa. Especificamente, lesões no lado esquerdo do cérebro podem causar perturbações na linguagem oral e escrita, podendo também, levar o doente a perder a percepção do lado direito do corpo ou do ambiente que o rodeia. À paralisia de um dos lados do corpo dá-se o nome de hemiplegia (esquerda ou direita) e à perda da capacidade da linguagem, dá-se o nome de afasia. Podem ainda surgir outros problemas, como a perda de sensibilidade ou da força do lado afetado, a perda de equilíbrio e/ou alterações na visão, entre muitos outros (Direcção Geral da Saúde, 2000).

No período que precede ao AVC (um a dois anos), as vítimas podem sofrer deteriorações na funcionalidade, terem melhorias ou, então, permanecerem estáveis desde a sua condição inicial (Skilbeck, 1996). A velocidade da recuperação após um AVC e o grau de adaptação às sequelas varia de indivíduo para indivíduo, dependendo igualmente da gravidade da lesão bem como do empenho e motivação do indivíduo no processo de reabilitação (Rabelo & Néri, 2006).

### **1.1. Epidemiologia**

Com o aumento da esperança média de vida, houve um aumento na incidência de AVC, assim como uma mudança no estilo de vida da população. Atualmente, o número de mortes por AVC ronda os 9% a nível mundial (Costa, Silva & Rocha, 2011).

A mortalidade nos três primeiros meses, após o AVC, é maior nos indivíduos mais velhos, sendo que os homens apresentam uma taxa de internamento superior às mulheres. Para além disso, esta patologia está associada a um aumento da ocorrência de demência vascular (Nunes, 1999; citado por Rabelo & Néri, 2006).

De acordo com Karsch (1998; citado por Schafer et al., 2010), cerca de 85% dos indivíduos que sobrevivem ao AVC vivem com algumas sequelas. Embora os dados epidemiológicos mostrem um declínio da mortalidade, é de se esperar que a incidência da doença reverta num quadro de prevalência de deficiências físicas e mentais relacionadas aos episódios de AVC.

## **1.2. Tipos de Acidente Vascular Cerebral**

O tipo de AVC depende do mecanismo que o originou. Um AVC isquémico dá-se quando há uma obstrução de uma artéria no encéfalo. Um AVC hemorrágico ocorre quando temos a ruptura de uma artéria cerebral. Os sinais clínicos estão relacionados diretamente com a localização e a extensão da lesão, assim como, com a presença de irrigação colateral (Scalzo et al., 2010).

Dentre os AVC's isquémicos podemos destacar os Lacunares, Transitórios e Embólicos. O enfarte lacunar é frequente em indivíduos com tensão arterial elevada e não controlada. Estes pequenos enfartes são caracterizados pela oclusão ou obstrução de ramos arteriais perfurantes. Esta lesão provocada por uma doença arterial isquémica pode acometer nomeadamente os núcleos da base, o tálamo, a cápsula interna e o tronco cerebral (Fischer, 1982).

Um AVC é denominado trombótico quando o processo patológico responsável pela oclusão do vaso se desenvolve no próprio local da oclusão. O' Sullivan (1993; citado por Cancela, 2008) refere que a trombose cerebral é a formação ou o desenvolvimento de um coágulo de sangue ou trombo no interior das artérias cerebrais. Estes coágulos são frequentemente precedidos por um Acidente Isquémico Transitório.

Embolia cerebral refere-se a todo o processo onde se verifica o encerramento arterial por um corpo estranho (êmbolo) em circulação, sendo libertado na corrente sanguínea e que se desloca até às artérias cerebrais (O' Sullivan, 1993; citado por Cancela, 2008). A formação de êmbolos está vulgarmente associada às doenças cardiovasculares, devido à fibrilhação auricular e outras arritmias.

A hemorragia cerebral é consequência de um fenómeno inverso ao da isquémia, ocorrendo a extravasão de sangue para fora dos vasos. Quando ocorre uma hemorragia, o sangue pode ser derramado para o interior do cérebro provocando uma hemorragia intracerebral, ou para o espaço entre o cérebro e a membrana aracnóide, que contém um fluído, provocando uma hemorragia subaracnoide. A hemorragia cerebral, mais do que a isquémia, está relacionada, essencialmente, com a hipertensão arterial (Habib, 2000; citado por Cancela, 2008).

### **1.3.Défices Físicos e Psicológicos pós AVC**

O AVC pode provocar sérios défices neurais e psicológicos, sendo necessário um tratamento multidisciplinar para minimizar as sequelas. Tratamento fonoaudiológico, medicamentoso, psicológico e intervenções neurocognitivas são imprescindíveis para o restabelecimento da auto-estima, reinserção social, equilíbrio funcional e melhoria do prognóstico (Umphred, 2009).

Os sinais neurológicos variam conforme a localização do AVC no território arterial cerebral. Em geral, as vítimas apresentam paralisia, confusão, desorientação e perda de memória. A um nível mais físico manifestam, frequentemente, fraqueza muscular, alterações do tônus muscular e padrões motores atípicos (Teixeira-Salmela et al., cit. por Schafer et al., 2010). O facto de haver consequências neuromusculoesqueléticas dificultam ou mesmo impossibilitam o uso funcional dos membros superiores e inferiores, comprometendo as atividades da vida diária (Popovic et al., 2003; citado por Schafer et al., 2010). Estas alterações das funções motoras devem-se em grande parte ao aumento do tônus muscular que conduz por sua vez à espasticidade, especialmente durante as primeiras semanas.

Existem também alterações frequentes e observáveis das funções sensoriais, destacando-se os défices proprioceptivos e visuais (Bobath, 1990; citado por Cancela, 2008). Segundo O'Sullivan (2003), pode ocorrer dificuldade tanto no reconhecimento de objectos como na capacidade de direccionar, responder ou orientar-se frente a estímulos apresentados no lado oposto ao da lesão cerebral, impedindo a integração da imagem visual.

Além dos prejuízos supracitados, os doentes vítimas de AVC podem também apresentar alterações de linguagem (afasia). Indivíduos afásicos apresentam maiores

dificuldades nas tarefas de memória verbal em comparação aos não afásicos (Renzi & Nichelli).

Negligência unilateral, atenção, memória, dificuldades de aprendizagem e planeamento, são de igual forma, dependendo da localização da lesão, desafios para estes doentes (Sohlberg & Mateer, 2009). Estes podem ainda apresentar alterações de comportamento, tornando-se incertos e inseguros, desempenhando as tarefas com hesitação. A labilidade emocional também é uma das alterações do comportamento que pode surgir no pós AVC (Bobath, 1990; citado por Cancela, 2008).

Alterações da esfera afetiva como ansiedade e depressão, distúrbios do sono e das funções sexuais são também bastante comuns após AVC (Rocha et al., 1993; citado por Schafer et al., 2010). A presença de alterações da esfera afetiva como os sintomas depressivos, podem diminuir a motivação da pessoa para a reabilitação e diminuir a interação social, podendo acarretar um baixo suporte social com incremento de sentimentos de solidão e falta de esperança. Neste sentido, o idoso que possui limitações na realização de atividades funcionais ou com dificuldades em aceitar ser cuidado, pode sentir-se isolado e inapto na interação social (Clarke, 2003).

Tudo isto compromete a recuperação do doente que pode facilmente não se adaptar aos desafios do dia a dia. Em contrapartida, as vítimas de AVC com humor positivo, tendem a estabelecer mais relacionamentos interpessoais, a serem otimistas e a terem mais sucesso no controlo das suas vidas (Ostir et al., 2001; citado por Schafer et al., 2010).

## **2. Memória**

Com o surgimento da Psicologia Cognitiva na década de cinquenta, os investigadores começaram a ter como meta de estudo o funcionamento dos processos mentais superiores entre os quais a memória (Kantowitz, Roediger III & Elmes, 2006). O estudo desta função passou a constituir então um dos campos de investigação mais influentes na Psicologia (Lasca, 2003).

Atualmente inúmeras áreas do conhecimento científico procuram de alguma forma estudar a memória, uma vez que esta está diretamente relacionada e integrada no quotidiano de cada indivíduo (Yassuda, 2002). Através dela, o ser humano tem a aptidão para adquirir novas informações durante o seu desenvolvimento, a capacidade

de resolução de problemas e a possibilidade de relacionamento com os outros (Dibo, 2004).

A memória é considerada uma capacidade neurocognitiva de codificação, armazenamento e recuperação de informações. É composta por vários componentes com subfunções associadas ao tipo de estímulo sensorial em que as informações foram adquiridas (memória sensorial), ao tempo em que as informações permanecem armazenadas (memória de curto prazo e memória de longo prazo), quanto à sua forma de aprendizagem (memória implícita e memória explícita) e quanto ao tipo de conteúdo armazenado (memória semântica e memória episódica) (Tulving, 2000).

A memória sensorial ocorre através de *inputs* ou informações sensoriais provenientes dos estímulos disponíveis no ambiente, que podem ser visuais, auditivos, táteis ou olfativos, onde as informações são armazenadas por um curto espaço de tempo, sendo filtradas pelo sistema atencional, codificadas e transferidas para a memória a curto prazo. A memória a curto prazo, mantém a informação que necessitamos de lembrar por apenas alguns segundos ou minutos (Baddeley, Anderson & Eysenck, 2011).

A memória de curto prazo tem sido frequentemente confundida na literatura com a memória de trabalho, porém o modelo de Baddeley (1986), de memória de trabalho, diferencia esses dois sistemas, considerando a memória de trabalho como um subtipo da memória de curto prazo. Assim, a memória de trabalho armazena aquelas informações que, além de lembradas, precisam ser elaboradas de forma ativa com o auxílio de outros processos cognitivos, como as funções executivas por exemplo. Para além disso, a memória pode ser armazenada por períodos de tempo mais longos, como dias, meses ou anos, chamada de memória de longo prazo (Baddeley, Anderson & Eysenck, 2011).

A memória de longo prazo por sua vez, é subdividida em memória implícita – não declarativa, e memória explícita – declarativa (Schacter & Tulving, 1994). A memória não declarativa ou ainda chamada de procedimental está associada à capacidade de desempenho de acções e comportamentos específicos de forma quase automática, sem envolver uma recuperação consciente da informação. Por outro lado, a memória declarativa – trata-se de um sistema em que a informação é inicialmente processada e codificada e depois armazenada de forma acessível para que possa ser recuperada quando solicitada (Squire, 2004).

Os subsistemas da memória declarativa referem-se à memória episódica e à memória semântica. A memória episódica é responsável pelo armazenamento e



recuperação de acontecimentos ou episódios específicos que ocorram numa localização espacial e temporal específica da nossa experiência de vida; e a memória semântica é responsável pelo armazenamento e recuperação da informação relativa à nossa bagagem de conhecimentos sobre o mundo. Esta última, contém conhecimento organizado acerca de palavras e outros símbolos verbais, os seus significados, as relações entre eles e as regras, fórmulas e algoritmos para a sua manipulação (Tulving, 1987).

Todos os sistemas e subsistemas da memória descritos ocupam um papel importante no desempenho de atividades quotidianas, resolução de problemas, autonomia e interações sociais, além de permitir a manutenção do senso de continuidade ao longo da vida (Yassuda, 2002). Neste sentido, doentes vítimas de AVC, que possuem queixas de memória podem apresentar dificuldades em recuperar informações importantes do seu dia a dia, interferindo diretamente na sua qualidade de vida. Na secção que se segue serão discutidos aspectos relacionados com a relação entre memória e qualidade de vida, tentando compreender de que forma esta relação poderá ser afetada pelo AVC.

### **3. AVC, Qualidade de Vida e Memória**

Fleck, Lousada, Xavier, Chacjamovich, Vieira, Santos & Pinzon (1999), assinalaram que muitas vezes, na busca de acrescentar anos (quantidade) à vida, era deixado de lado a necessidade de acrescentar vida (qualidade) aos anos. Esta tentativa de se aumentar a esperança de vida deve ser orientada paralelamente com um interesse em proporcionar qualidade de vida, sobretudo a grupos particulares de indivíduos portadores de doenças graves, e assim permitir uma melhor adaptação a essas condições específicas (Morris, Perez & Mcnoe, 1998). Devido à evolução da ciência e consequentemente à criação de novos e cada vez mais inovadores tratamentos médicos, os doentes vêem a sua sobrevida aumentada e por isso a importância da aposta na qualidade de vida (Fleck et al., 1999).

A qualidade de vida (QV) envolve três aspectos fundamentais: (1) subjectividade: que significa a percepção que cada pessoa sente relativamente a um espectro de variáveis físicas, psicológicas e sociais que se podem alterar ao longo do tempo, podendo assim, a QV ser avaliada pela própria pessoa; (2) a multidimensionalidade deste conceito, que se refere ao reconhecimento de que o constructo é composto por diversos elementos (Seidl & Zannon, 2004), ou seja, a saúde

física e o estado psicológico (e.g. fadiga, dor, sono, amor próprio, sentimentos negativos e concentração), o nível de independência individual (e.g. dependência de fármacos ou cuidados médicos, mobilidade e a capacidade de trabalho), os relacionamentos sociais (e.g. relações interpessoais, apoio social e atividade sexual), o ambiente (e.g. recursos financeiros, liberdade, segurança, assistência social, acessibilidades, ambiente familiar, oportunidades, ambiente físico), a espiritualidade, religiões e crenças (OMS, 1997); e ainda (3) a presença de dimensões positivas e negativas, isto é, para uma boa QV é necessário que alguns elementos estejam presentes (e.g. mobilidade) e outros ausentes (e.g. dor) (Fleck, 2008).

A qualidade de vida é definida segundo a WHOQOL nos seus primeiros documentos, como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua vida, dentro do seu contexto cultural, sistema de valores, objetivos, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994). Encontra-se também associado a distintos referenciais teóricos que refletem conceitos como: satisfação com a vida, felicidade, bem-estar subjetivo, entre outros (Taillefer, Dupuis, Roberge & Le May, 2003). A preocupação crescente nas últimas décadas tornou o conceito de QV cada vez mais complexo e diversificado, com inúmeros significados teóricos e tantos outros procedimentos na medida do conceito (Kimura & Silva, 2009). Assim sendo, não apresenta uma definição precisa, um consenso claro a respeito das ferramentas de avaliação, nem como se deve medir corretamente a QV. Portanto, torna-se necessário selecionar e focar os vários potenciais deste conceito para avaliar com mais objetividade o estudo que se pretende analisar (Fleck, et al. 1990).

Para Guiteras & Bayés (1993), do ponto de vista da saúde, a qualidade de vida refere-se à valorização subjetiva que o doente faz de diferentes aspectos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde. Muitas vezes somos confrontados na literatura com a qualidade de vida relacionada com a saúde, definindo-se pela capacidade que o indivíduo tem para desempenhar as atividades de vida diária, tendo em consideração a sua idade e papel social, sendo que o desvio desta normalidade resultaria numa QV inferior (Fleck, 2008).

Vários estudos têm documentado alterações na QV de pessoas que sofreram um AVC independentemente da sua gravidade (Doyle, 2002; citado por Rabelo & Néri, 2006; Schafer et al., 2010; Cruz, Salgado & Rocha, 2010; Scalzo et al., 2010; Makiyama et al., 2004). Estas alterações são usualmente múltiplas e complexas trazendo consequências em determinadas funções destes doentes como o impacto na

aprendizagem, na aplicação de conhecimentos, execução de tarefas, auto-cuidados, entre outros (Ewert et al., 2004; citado por Schafer et al., 2010). Para Smeltzer e Bare (2002), verifica-se igualmente uma deterioração na qualidade de vida associada ao aparecimento da demência, afetando diretamente as capacidades intelectuais e a vida do indivíduo. Existem também, outras alterações emocionais, cognitivas e comportamentais que têm um impacto negativo no funcionamento social e consequentemente na QV destes doentes (Ghika-Schimid & Bougoulavsky, 1997; citado por Schafer et al., 2010). Mesmo após um AVC de gravidade ligeira, a QV e o bem-estar subjetivo podem ficar significativamente comprometidos (Hopman & Verner, 2003; citado por Schafer et al., 2010). As incapacidades residuais decorrentes do AVC restringem aspectos salientes da identidade pessoal e da autodefinição, no sentido que impedem a pessoa na participação de atividades que constituem uma importante componente da sua individualidade pessoal e social, estabelecendo-se assim, uma relação entre capacidades e decréscimo no seu bem-estar (Terroni et al., 2009).

A depressão é uma das variáveis mais associadas à QV global e muito frequente nas vítimas de AVC, sendo o sexo feminino o grupo que apresenta maior prevalência de depressão, com maior gravidade e duração (Rabelo & Néri, 2006). Outro aspecto que também é afetado diz respeito à impossibilidade destas pessoas poderem trabalhar, que conduz inevitavelmente a alterações no bem-estar global dos indivíduos, contribuindo significativamente para uma QV inferior (Vestling, Tufvesson, 2003; citado por Rabelo & Néri, 2006; Gomes, 2005). No geral, as pessoas que apresentam um baixo nível de sintomas depressivos e alto nível de afetos positivos apresentam três vezes mais probabilidades de recuperação do que os altamente deprimidos (Anderson, Laubscher & Burns, 1996; citado por Scalzo et al., 2010).

Sumariamente, parecem existir vários fatores que contribuem para o declínio da QV em vítimas de AVC, como os sintomas depressivos, a idade avançada, a gravidade dos sintomas motores, a incapacidade de retomar o trabalho, os declínios cognitivos, as comorbilidades, assim como o ritmo de recuperação de cada doente (Rabelo & Néri, 2006).

Durante o tratamento e reabilitação destes doentes, verifica-se que aqueles que apresentam um pior prognóstico, geralmente, têm 85 anos ou mais (Ostir et al., 2002; citado por Rabelo & Néri, 2006). Porém, mais importante que a idade, na recuperação de um AVC, é a combinação dos efeitos da presença concomitante de outras doenças, do ritmo mais lento de recuperação funcional e das expectativas dos profissionais de

saúde (Bagg, Pombo & Hopman, 2002; citado por Babelo & Néri, 2006). Aproximadamente metade dos idosos sobreviventes após um AVC, não consegue recuperar completamente a sua independência, comprometendo a sua autonomia, associado a uma incapacidade funcional e, consequentemente interferindo negativamente sobre a sua QV (Scalzo e tal., 2010).

No contexto do tratamento de doentes vítimas de AVC, é comum encontrar profissionais de saúde que tendem a subestimar o potencial do idoso e assim a investir menos na sua recuperação. Neste sentido, a avaliação da QV constitui um indicador clínico relevante, pois permite verificar as implicações da doença de acordo com a perspectiva do sujeito, além de se tornar um componente do conhecimento científico no campo da saúde (Martins, Ribeiro & Garrett, 2006; citado por Terroni et al., 2009). Desta forma, torna-se imprescindível a avaliação dos défices cognitivos numa tentativa de compreender como eles podem alterar o quotidiano destes doentes, e desta forma, contribuir para um processo de reabilitação direccionado no sentido de uma melhor qualidade de vida.

São poucos os estudos na literatura que procuram associar a QV ao funcionamento cognitivo, nomeadamente à função memória. No entanto, embora alguns deles não correlacionem diretamente estes dois constructos, tornam-se importantes indicadores para compreender melhor os mecanismos cognitivos e psicológicos de pessoas que sofreram um AVC.

Por exemplo, Jonkman, Weerd e Vrijens (1998), acompanharam doentes vítimas de AVC e concluíram que os défices neurológicos, assim como a incapacidade cognitiva, são determinantes para o declínio da qualidade de vida. Scalzo e colegas (2010) avaliaram 47 participantes com AVC, com uma idade média de 60 anos, através da escala de QV (SF-36) que permite avaliar aspectos físicos e a capacidade funcional. Os autores constataram que a avaliação da QV estava comprometida em todos os domínios, nomeadamente os aspectos físicos, a capacidade funcional, os aspectos emocionais, a dor, o estado geral de saúde, a saúde mental, a vitalidade e os aspectos sociais. Makiyama e colegas (2004) analisaram 200 indivíduos (66 vítimas de AVC; 43 cuidadores e 91 de controlo) e documentaram o decréscimo da QV em vítimas de AVC bem como dos seus cuidadores, quando comparados com o grupo controlo.

Por seu lado, Mol, Ruiter, Verhey, Dijkstra e Jolles (2007; citado por Montejó, Montenegro, Fernández & Maestú, 2012) procuraram analisar os efeitos das queixas de memória na QV em idosos. Constataram que as queixas de memória desempenham um

papel causal extremamente importante no bem-estar destes idosos, dificultando a realização de tarefas quotidianas sem o auxílio de outras pessoas. Já Giovagnali e Avanzini (2000) concluíram que a memória tem uma grande influência na QV. Estudaram 65 participantes com epilepsia e verificaram que um comprometimento da memória estava associado a uma QV inferior. Por sua vez, Cruz e colaboradores (2010) fizeram a revisão de 27 artigos que associaram os défices cognitivos à QV, com o objetivo de rastrear a literatura acerca desta temática. Dentre os estudos analisados, 20 encontraram associação entre défices cognitivos e a QV. Para além disso, a memória foi o segundo domínio cognitivo com maior associação à QV (8 dos 10 estudados) perdendo apenas para a função executiva (11 em 13 estudados). Importa salientar também, que de entre os testes neuropsicológicos mais usados para a avaliação da memória estava a *Weschler Memory Scale*.

No contexto da sociedade atual onde a longevidade dos indivíduos é cada vez maior, por vezes acompanhada de situações clínicas comprometedoras, consideramos importante aprofundar o estudo sobre a QV nomeadamente a sua relação com o funcionamento cognitivo, particularmente a memória. Neste sentido, e considerando a escassez de investigações neste domínio, este estudo tem como principal objetivo identificar modelos de predição que permitam aferir o impacto da memória em dimensões específicas de qualidade de vida em pessoas com AVC.

## **4. Objetivos**

### **Objetivo Geral**

- Analisar a relação entre a memória e a qualidade de vida em vítimas de AVC.

### **Objetivos Específicos:**

- Mensurar o desempenho da memória de doentes vítimas de AVC;
- Mensurar a qualidade de vida de doentes vítimas de AVC;
- Relacionar o desempenho da memória com a qualidade de vida de doentes vítimas de AVC;

- Verificar quais os componentes da memória preditores dos vários domínios da qualidade de vida em doentes vítimas de AVC.

## 5. Metodologia

Para o desenvolvimento desta investigação, optou-se pela metodologia quantitativa, tratando-se de um estudo de amostragem não probabilística. Todos os indivíduos que aceitaram participar neste trabalho assinaram um consentimento informado fazendo-o de livre e espontânea vontade, cumprindo-se assim o imperativo ético de investigação e avaliação psicológica (Simões, 1995) de garantia de confidencialidade. Além disso, foi assegurada a vontade de cada participante abandonar a qualquer momento a entrevista, não acarretando quaisquer consequências para o entrevistado e em seguimento desta decisão a destruição total do material utilizado mediante a presença do informante.

### Critérios de Inclusão:

- Sujeitos com idades compreendidas entre os 35 e os 70 anos de idade;
- Sujeitos que tenham sofrido um AVC nos últimos 12 meses.

### Critérios de Exclusão:

- Sujeitos com idade inferior a 35 anos e superior a 70 anos de idade;
- Sujeitos que tenham sofrido um AVC há mais de 12 meses;
- Sujeitos com patologia mental profunda e alterações neurológicas ou psiquiátricas prévias ao AVC.

### 5.1. Amostra

Conforme mostra a Tabela 5.01, participaram neste estudo um total de 21 participantes com AVC (16 Isquémicos = 76,2%; 5 Hemorrágicos = 23,8%), maioritariamente pertencentes ao sexo masculino (76,2%), com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos de idade ( $M = 57,5$ ;  $DP = 9,8$ ). A maioria dos participantes eram casados (81%) e apresentavam um tempo máximo de evolução de seis meses, à excepção de dois participantes que apresentavam um tempo de evolução de 9 e 11 meses, respectivamente. Todos os participantes eram provenientes da região norte do

país e encontravam-se em regime de internamento no Centro de Medicina e Reabilitação – Rovisco Pais (CMRRC - RP).

Tabela 5.01

*Caracterização sócio-demográfica da amostra*

	Mínimo	Máximo	N	M (DP)
Sexo	Masculino		16	
	Feminino		5	
Idade (anos)	40	70	21	57.5 (9.8)
Escolaridade (anos)	3	12	21	4.5 (1.9)
Tipo de AVC	Isquémico		16	
	Hemorragico		5	
Meses totais de evolução (meses)	3	11	21	4 (2.1)

## 5.2. Instrumentos

Neste trabalho foram utilizados instrumentos para avaliar a função memória e para avaliar a qualidade de vida, as duas variáveis em estudo. Para a avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o WHOQOL-BREF (Vaz Serra et al., 2006) (Ver anexo). Este questionário é um instrumento de avaliação subjetiva da qualidade de vida, adequado para a avaliação de um largo espectro de perturbações, bem como de indivíduos saudáveis. A sua estrutura é composta por cinco domínios de qualidade de vida distribuídos por 26 perguntas/ítems de auto-resposta conforme apresentado na Tabela 5.02: duas sobre a qualidade de vida em geral, sete de carácter físico (e.g. dor e desconforto), seis de carácter psicológico (e.g. imagem corporal), três de carácter social (e.g. actividade sexual, apoio social) e oito de carácter ambiental (e.g. recursos económicos). Este questionário pretende medir uma resposta positiva ou negativa a uma afirmação assinalada numa escala *likert* composta por cinco níveis de resposta (1 a 5). Cada uma destas respostas pode ser analisada separadamente ou poder-se-á ainda somar todas as respostas com o objetivo de criar um resultado por grupos de ítems. Para além disso é possível também avaliar separadamente cada um dos cinco domínios. A qualidade de vida do indivíduo é tanto mais elevada quanto maior for esta pontuação, não existindo propriamente um ponto de corte.

A escolha desta escala de medida deveu-se ao facto de esta ser muito usada num largo espectro de doenças além de que é de fácil administração, fator importante se tivermos em conta as limitações destes indivíduos. Alguns destes doentes apresentam

raciocínio lento, cansaço rápido e desistência fácil face às tarefas que lhe são incumbidas.

Tabela 5.02

*Caracterização dos 4 principais domínios e facetas do WHOQOL - Bref*

Domínios e facetas do WHOQOL-Bref		
Domínios	Perguntas	Facetas
<b>Geral</b>	Q1	Auto-avaliação
	Q2	Auto-satisfação
<b>Físico</b>	Q3	Dor e desconforto
	Q10	Energia e fadiga
	Q16	Sono e repouso
	Q15	Mobilidade
	Q17	Atividades da vida quotidiana
	Q4	Dependência de medicação ou de tratamentos
	Q18	Capacidade de trabalho
<b>Psicológico</b>	Q5	Sentimentos positivos
	Q7	Pensar, aprender, memória e concentração
	Q19	Auto-estima
	Q11	Imagem corporal e aparência
	Q26	Sentimentos negativos
	Q6	Espiritualidade/Religião/Crenças
<b>Relações Sociais</b>	Q20	Relações pessoais
	Q21	Suporte (apoio) social
	Q22	Atividade sexual
<b>Meio Ambiente</b>	Q8	Segurança física e proteção
	Q23	Ambiente no lar
	Q12	Recursos financeiros
	Q24	Cuidados de saúde e sociais
	Q13	Oportunidade de adquirir novas informações
	Q14	Participação em oportunidades de lazer
	Q9	Ambiente físico
	Q25	Transporte

Os estudos psicométricos para a versão portuguesa demonstraram que o WHOQOL-BREF apresenta boas características em termos de consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de 0.92 nos 26 itens e uma estabilidade temporal com um coeficiente de correlação em cada domínio que varia entre 0.65 e 0.85, indicando ser claramente um bom instrumento para avaliar a qualidade de vida em Portugal (Vaz Serra et al., 2006).



Para a avaliação da função memória recorremos à Escala de Memória de *Wechsler* (WMS-III – 3ª Edição) (Wechsler, 2008). A WMS-III tem como finalidade avaliar múltiplas funções da memória verbal e não verbal e é composta por 11 subtestes, seis principais e cinco complementares. Esta bateria pode ser utilizada em situações normais mas também numa grande variedade de perturbações. Direcionada para indivíduos com idades compreendidas entre os 16 e os 90 anos, a WMS-III permite avaliar de forma pormenorizada o funcionamento da memória. A WMS-III é amplamente usada no contexto da avaliação neuropsicológica e é muito sensível na deteção de disfunções em vários aspectos relevantes do funcionamento da memória com a intencionalidade posterior de desenvolver programas reabilitadores que ajudem na recuperação ou compensação dessas mesmas disfunções.

Dos 11 subtestes que constituem esta terceira edição da escala de memória de *Wechsler*, foram usados quatro que se consideraram relevantes para o objetivo da investigação: Informação e Orientação; Memória lógica; Listas de palavras (1 e 2) e Memória de dígitos. Esta escolha prende-se com o facto de estarmos a lidar com indivíduos vítimas de AVC, e como foi dito anteriormente, apresentam limitações a vários níveis, o que a administração total da prova poderia provocar um enviesamento dos resultados.

**Informação e Orientação** – Constituído com um conjunto de perguntas autobiográficas, históricas e outras informações correntes. Este subteste permite despistar uma possível desorientação e pretende avaliar a memória declarativa episódica associando a compreensão verbal (Nascimento, 2001).

**Memória Lógica** – Este subteste, é composto por um pequeno texto, que após ser apresentado oralmente e de forma pausada é solicitado ao indivíduo que evoque toda a informação recordada. O objetivo é que o sujeito reproduza de memória o máximo de informação do texto em questão, avaliando desta forma a memória declarativa verbal imediata (curto prazo) (Nascimento, 2001).

**Listas de Palavras** – Neste subteste é apresentado oralmente ao indivíduo uma lista composta por 12 palavras sem qualquer relação semântica. Este procedimento é repetido quatro vezes utilizando a mesma lista de palavras, apontando em cada repetição o número de palavras corretas. Depois destes quatro ensaios é apresentado ao indivíduo num só ensaio uma segunda lista de 12 palavras diferentes, apontando igualmente o número de palavras recordadas. Por fim, é pedido ao indivíduo que recorde de novo a

primeira lista de palavras, num último ensaio. É avaliado para além da medida de memória de curto prazo a curva de aprendizagem ao longo das tentativas.

**Memória de Dígitos** – Neste subteste é solicitado ao indivíduo que repita um conjunto de algarismos conforme são pronunciados (ordem direta) e que vão aumentando progressivamente à medida que vão sendo repetidos de forma correta. Este procedimento termina quando o indivíduo, devido ao aumento do nível de dificuldade, não consiga recordar e repetir o número de algarismos. Numa segunda fase, são apresentados novamente um conjunto de algarismos mas agora pretende-se que estes sejam repetidos pelo indivíduo na sua ordem inversa. O nível de dificuldade vai aumentando progressivamente e logicamente a tarefa termina quando o indivíduo errar na repetição dos algarismos. Este subteste na sua ordem direta pretende avaliar a memória operacional, aquisição e recuperação de curto prazo. Já a ordem inversa envolve a memória operacional e raciocínio lógico (Nascimento, 2001).

### **5.3.Procedimentos**

Numa fase inicial foi apresentada a proposta à Comissão de Ética da instituição, a fim de obter a autorização para a realização do estudo em questão. Após obter a respectiva autorização, foram aplicados individualmente os dois instrumentos (WHOQOL-BREF & WMS-III) a cada um dos participantes. Esta avaliação foi feita em sala fechada, com o mínimo de estímulos possíveis para não interferirem nos resultados posteriores. Primeiro foi feita a avaliação do estado da memória e por fim a aplicação do questionário de qualidade de vida.

### **5.4. Análise estatística**

Para a realização das análises estatísticas do presente estudo, recorreu-se ao programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 19.0. O teste de normalidade para as variáveis estudadas indicou distribuição normal dos dados pelo teste de *Shapiro-Wilk*, o que permitiu a utilização de testes paramétricos para a análise dos dados.

Inicialmente obtiveram-se os respectivos coeficientes de correlação de *Pearson*, entre as variáveis memória e qualidade de vida, classificando a correlação em baixa (0.10 e 0.29), moderada (0.30 e 0.49) e alta (0.50 e 1.0) (Cohen, 1998). O nível de significância para o teste foi de 5%. De seguida, efetuaram-se análises de regressão

linear múltipla com a finalidade de prever a variância das variáveis dependentes (domínios de qualidade de vida) a partir de combinações lineares das variáveis independentes (sub-testes de memória), examinando assim o contributo na predição dessas variáveis.

## 6. Resultados

Num primeiro momento determinamos as estatísticas descritivas dos resultados obtidos pelos participantes, nomeadamente as médias e desvios-padrão. Como podemos observar na tabela 6.01, no domínio geral da qualidade de vida a média obtida foi de 54.17 (Min. 12.50; Máx. 87.50), no domínio físico obteve-se uma média de 51.53 (Min. 21.42; Máx. 85.71), no domínio psicológico 55.75 (Min. 29.17; Máx. 91.67), no domínio relações sociais 65.88 (Min. 25; Máx. 100) e no domínio ambiente 61.01 (Min. 37.50; Máx. 84.38). É de salientar que os valores obtidos através do questionário de qualidade de vida foram previamente transformados para que possam ter os mesmos critérios de avaliação do questionário completo de qualidade de vida, ou seja, uma vez que usamos uma versão abreviada do questionário, a média dos resultados é multiplicada por 100 para que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os usados no WHOQOL-100, variando assim os resultados entre 0 e 100. Só depois de transformados é que estes resultados podem ser usados na interpretação dos dados quando comparados com outros instrumentos validados.

Relativamente à escala de memória, no sub-teste de informação e orientação obtivemos uma média de 12.76 (Min. 7; Máx. 14), no sub-teste memória lógica 13.52 (Min. 7; Máx. 19), no sub-teste Lista de Palavras (1) 9.43 (Min. 4; Máx. 15), (2) 8.52 (Min. 2; Máx. 16), e no sub-teste memória de dígitos 9.43 (Min. 5; Máx. 15).

Tabela 6.01

*Descrição dos resultados obtidos nas escalas de memória e qualidade de vida*

	M (DP)
<b>Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)</b>	
Domínio Geral	54.17 (23,16)
Domínio Físico	51.53 (17.88)
Domínio Psicológico	55.75 (22.95)
Domínio Relações Sociais	65.88 (19.53)
Domínio Ambiente	61.01 (14.27)
<b>Escala de Memória (WMS-III)</b>	
Informação e Orientação	12.76 (2.23)

Memória Lógica	13.52 (4.58)
Lista de Palavras 1	9.43 (3.89)
Lista de Palavras 2	8.52 (4.02)
Memória de Dígitos	9.43 (3.27)

Para compreendermos melhor os valores obtidos pela nossa amostra, foram correlacionados os valores padronizados obtidos a partir dos domínios geral, físico, psicológico, relações sociais e ambiente do questionário WHOQOL - BREF e das variáveis da memória. Tal como se pode observar na Tabela 6.02, obteve-se uma correlação moderada a alta, em todos os domínios daquele questionário.

Tabela 6.02

*Correlações de tipo Pearson entre as variáveis de memória e os domínios de qualidade de vida.*

Sub-teste Memória	Domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF)				
	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Informação e Orientação	0.286	0.229	0.365	0.406	0.464*
Memória lógica	0,680**	0,834**	0,856**	0,736**	0,732**
Lista de palavras 1	0,624**	0,809**	0,775**	0,712**	0,732**
Lista de palavras 2	0.533*	0,736**	0,756**	0,690**	0,613**
Memória de dígitos	0,636**	0,689**	0,811**	0,679**	0,749**

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

Com o objetivo de identificar as variáveis da memória com melhores propriedades preditoras da qualidade de vida, realizaram-se análises exploratórias de regressão, por meio do método *stepwise*, tendo sido incluídas como variáveis independentes, todos os domínios da memória, uma vez que todos eles mostraram correlação com os restantes domínios da qualidade de vida. Segundo Hair e colegas (1995), a regressão múltipla deve ser utilizada para amostras com mais do que uma variável independente e com amostras superiores a 20 participantes.

Recorrendo ao programa estatístico, e de acordo com o modelo de regressão múltipla utilizando o método *stepwise*, foram inseridas todas as variáveis independentes (domínios da memória) juntamente com cada variável dependente (domínios da qualidade de vida), fazendo este processo para os cinco domínios da qualidade de vida com o objetivo de verificar qual ou quais domínios da memória se apresentam preditoras de cada domínio da qualidade de vida, e que melhor se ajustam ao modelo estudado. As tabelas que se seguem mostram cada análise sintetizada da regressão múltipla efetuada. Nestas análises encontram-se a significância estatística da relação

entre as variáveis dentro do modelo (coeficiente F e o respectivo valor de significância estatística (*sig*), os valores do coeficiente de determinação múltipla ( $R^2$ ), os coeficientes de regressão *standardizados* ( $\beta$ ), sua significância estatística (*sig.*), e também os valores do teste t.

Tabela 6.03

*Resumo do modelo de regressão para predição do domínio geral da qualidade de vida, utilizando o método stepwise.*

	(df) F	sig.	$R^2$	$\beta$	T	sig.
Modelo Integral	(1,19) 16.320	0.001*	0.434			
Preditores						
Memória Lógica de Evocação				0.680	4.040	0.001*

\*  $p < 0.01$

Tabela 6.04

*Resumo do modelo de regressão para a predição do domínio físico da qualidade de vida, utilizando o método stepwise.*

	(df) F	sig.	$R^2$	$\beta$	T	sig.
Modelo Integral	(1,19) 43.409	0.000*	0.680			
Preditores						
Memória Lógica de Evocação				0.834	6.589	0.000*

\*  $p < 0.01$

Tabela 6.05

*Resumo do modelo de regressão para a predição do domínio psicológico da qualidade de vida, utilizando o método stepwise.*

	(df) F	sig.	$R^2$	$\beta$	T	sig.
Modelo Integral	(1,19) 52.106	0.000*	0.719			
Preditores						
Memória Lógica de Evocação				0.856	7.218	0.000*

\*  $p < 0.01$

Tabela 6.06

*Resumo do modelo de regressão para a predição do domínio relações sociais da qualidade de vida, utilizando o método stepwise.*

	(df) F	sig.	$R^2$	$\beta$	T	sig.
Modelo Integral	(1,19) 22.518	0.000*	0.518			
Preditores						
Memória Lógica de Evocação				0.736	4.745	0.000*

\*  $p < 0.01$

Assim, no que se refere à predição da qualidade de vida no domínio geral (Tabela 6.03), o modelo apresenta como variável preditora e significativa, a memória

lógica de evocação. Na sua integralidade, este modelo explica 43,4% da variância total dos resultados observados ( $F[1,19] = 16.32; p < 0.01$ ).

Quanto ao domínio físico da qualidade de vida (Tabela 6.04), identificou-se como preditor significativo também a memória lógica de evocação, num modelo de regressão que foi capaz de explicar cerca de 68% da variância dos resultados neste domínio ( $F[1,19] = 43.409; p < 0.01$ ). De igual forma, o domínio psicológico (Tabela 6.05) e o domínio das relações sociais (Tabela 6.06) integram o mesmo preditor no modelo de regressão (memória lógica de evocação), apesar de apresentar no domínio psicológico um maior contributo para o total da variância explicada, com aproximadamente 72%. Já no domínio das relações sociais esta variância é explicada por 51,8%.

Por último, a análise de regressão que teve como variável dependente o domínio ambiente da qualidade de vida (Tabela 6.07) permitiu a obtenção de um modelo significativo, capaz de explicar 53,8% da variância total dos resultados do domínio ambiente, com um preditor agora diferente das anteriores, a memória de dígitos.

Tabela 6.07

*Resumo do modelo de regressão para a predição do domínio ambiente da qualidade de vida, utilizando o método stepwise.*

	(df) F	sig.	R <sup>2</sup>	$\beta$	T	sig.
Modelo Integral	(1,19) 24.244	0.000*	0.538			
Preditores						
Memória de Dígitos				0.749	4.924	0.000*

\*  $p < 0.01$

## 7. Discussão

O objetivo desta dissertação foi verificar se existe relação entre a memória e a qualidade de vida de doentes vítimas de AVC. Para atingir esse objetivo foi realizado inicialmente o teste de correlação de *Pearson* seguido do teste de regressão múltipla. A aplicação desta última técnica proporciona melhores resultados estatísticos pois permite ponderar cada preditor e determinar a sua importância dentro do modelo estudado. Neste sentido, pretendeu-se determinar o quanto cada variável independente (memória lógica, lista de palavras 1 e 2, memória de dígitos) conseguia prever cada variável dependente (domínio geral, domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio ambiente).

Os resultados obtidos com o coeficiente *r* de *Pearson* mostraram altos índices de correlação em todos os domínios estudados. Não obstante, os domínios Físico e Psicológico apresentaram uma correlação mais forte como pode ser observado na Tabela 6.02. Estas correlações ( $0 < r < 1$ ) indicam que as duas variáveis tendem a aumentar simultaneamente, podendo afirmar com alguma clareza que quanto maior for o nível de memória preservada, maior será a qualidade de vida.

Fazendo uma análise ao valor preditor dos vários domínios da memória, verificou-se que estes permitem explicar entre 43,4% e 71,9% da variância total dos níveis de qualidade de vida nos diversos domínios considerados. Estes dados corroboram com a análise realizada por Cruz et al. (2010) envolvendo 27 estudos que correlacionavam várias funções cognitivas e a qualidade de vida. Destes estudos, a memória, de forma geral, foi a segunda função cognitiva que apresentava maior correlação com a qualidade de vida, sendo identificada em 8 de 10 estudos, seguida da memória de trabalho, encontrada em 3 de 5 estudos.

Verificou-se através da regressão múltipla que nos quatro primeiros domínios da qualidade de vida avaliados (geral, físico, psicológico e relações sociais) existe especialmente uma associação com a memória lógica (Tabelas 6.03, 6.04, 6.05 e 6.06), sendo este subteste de memória o preditor significativo. Por sua vez, já em relação ao domínio ambiente da qualidade de vida obtivemos como preditora a memória de dígitos. (Tabela 6.07). Sabendo que o subteste de memória lógica pretende avaliar a memória de curto prazo, e o subteste de memória de dígitos a memória de curto prazo e de trabalho, chegamos à conclusão que estes dois tipos de memória apresentam uma importância significativa para a qualidade de doentes vítimas de AVC.

Mantoan e colegas (2006), num dos seus trabalhos, mostraram que os doentes que obtiveram piores resultados no teste de memória lógica apresentavam uma correlação com a preocupação e apreensão. Estes sentimentos por parte dos doentes não são descabidos nem devem ser desconsiderados, pois eles explicam o impacto considerável que a memória pode ter na vida diária, interferindo na aprendizagem, nos processos profissionais e até sociais. De certa forma, perturbações da memória afetam diretamente o mundo **físico** do indivíduo, pois é ela que permite perceber e dar significado aquilo que nos rodeia.

Também o domínio **psicológico** pode ser afetado, pois o indivíduo, devido à dificuldade de aprendizagem associada à impossibilidade de memorizar novas informações, pode apresentar sentimentos negativos e uma auto-estima baixa (Neri,

2001). Da mesma forma, a privação desta, provoca uma sensação de desvinculação das funções cognitivas que nos dá a impressão de garantirmos apenas a nossa sobrevivência.

No que diz respeito às **relações sociais** que tiveram como preditor também a memória lógica, ela pode ser explicada pelo facto do indivíduo, para se poder relacionar com os outros, precisar obrigatoriamente de uma capacidade mnésica que permita estabelecer uma conversa coerente e consequentemente poder ser aceite no meio social em que está inserido (Dido, 2004). Para Rozenthal e colegas (1995), a perda de memória dificulta a aproximação das pessoas nas suas relações afetivas, sociais e familiares. O indivíduo não perde o controlo da linguagem nem o significado das palavras, no entanto, percebemos claramente o isolamento e a devastação a que estes indivíduos estão sujeitos quando os confrontamos com conversas repetidas. Ao existir um comprometimento da memória por parte do doente, este terá inevitavelmente uma alteração da vida social levando ao decréscimo da sua qualidade de vida (Araújo, 2009).

Já no último domínio da qualidade de vida, **ambiente**, o preditor que encontramos como significativo é a memória de dígitos. Importa relembrar que este sub-teste para além de avaliar a memória de curto prazo na forma direta, avalia também a memória de trabalho na forma inversa do teste. Este tipo de memória possibilita-nos o pensamento, a aprendizagem e até a comunicação. Para além disso, a memória de trabalho envolve a realização de complexas atividades cognitivas, como é o caso da leitura e o raciocínio (Abrunhosa & Leitão, 1998). Sem esta, é impossível fazer cálculos aritméticos mentais, ou até interpretar o significado durante uma conversa, para além disso, existe uma dificuldade acrescida quando pretendemos adquirir nossas informações ou participar em actividades de lazer, uma vez que a memória de trabalho envolve a tomada de decisão, o planeamento de estratégias e a capacidade de abstração, sendo um processo cognitivo que exige algum tipo de complexidade (Baddeley, 1986). Portanto, se existe um comprometimento da memória haverá consequentemente uma insegurança por parte do indivíduo em relação ao ambiente em que está inserido. Segundo Neri (2011), este declínio cognitivo é associado a desconforto pessoal, perda de autonomia e aumento dos custos sociais, além de que é um determinante crítico da qualidade de vida.

Tendo em vista as alterações de memória relacionadas à qualidade de vida verifica-se que esta função cognitiva ocupa um papel fundamental na formação do ser humano, sendo responsável pelo armazenamento de informação consciente por um



determinado período de tempo e permitindo uma percepção e a interação com o mundo ao longo da vida (Yassuda, 2002).

De maneira geral, como era esperado no início do estudo, a memória é considerada uma importante preditora da qualidade de vida, sugerindo que a reabilitação da memória de uma forma específica pode contribuir de forma positiva para aumentar a qualidade de vida.

## **8. Reflexão Final**

A memória é a responsável por atribuir sentido e significado aos eventos quotidianos e aos factos históricos que ocorrem ao longo da vida do indivíduo. Ela é o nosso maior património, que nos diz quem somos e para onde vamos. As experiências diárias vão formando a trajetória das pessoas ao longo da vida e dessa forma a sua história vai sendo construída. Por tudo isto, torna-se imprescindível o acompanhamento dos doentes vítimas de AVC, no sentido de procurar avaliar de forma eficaz e correta eventuais comprometimentos da memória, estabelecendo programas de reabilitação que melhorem a capacidade cognitiva e consequentemente a qualidade de vida destes doentes. Como afirma Wilson (2010), o objetivo principal da reabilitação é capacitar doentes e seus familiares, contornando, reduzindo e superando as dificuldades cognitivas resultantes de uma qualquer lesão neurológica com vista a uma melhoria da qualidade de vida.

Relativamente às limitações do presente estudo, podemos referir o tamanho da amostra, adicionando a dificuldade em contextualizar estes resultados à luz de outros estudos em contexto nacional, o que eventualmente terá contribuído para interpretações mais limitadas dos resultados, assim como, também da discussão.

No geral, este estudo possibilitou estimar quais os aspectos da memória que são afetados após um AVC e quais as relações com os domínios da qualidade de vida. Porém é necessária a realização de estudos futuros que avaliem outros sistemas de memória, como por exemplo a memória implícita. Além disso, seria uma mais valia realizar um estudo longitudinal no sentido de avaliar a eficácia de programas de reabilitação direcionadas para estes doentes, e desta forma contribuir para uma reabilitação mais eficaz desta função cognitiva (memória), da qual os profissionais de saúde deveriam manifestar mais atenção.

## Referências Bibliográficas

- Abrunhosa, M. A. & Leitão, M. (1998). *Psicologia* 12º Ano (1ª Ed). Areal Editores: Porto
- Allegri, R. F., López, L., & Carrá, A. (1993). Estudio de La lateralidad amnésica episódica en las lesiones isquêmicas temporales internas. *Revista Neurologica Argentina*, 18, 12-18.
- Araújo, L. I. (2009). *Avaliação da correção proposicional dos subtestes memória lógica I e II da escala de memória de Wechsler e do perfil de eficiência comunicativa em diferentes grupos de idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Baddeley, A. D. (1986). *Working Memory*. Oxford: Oxford University Press.
- Baddeley, A., Anderson, M. C., & Eysenck, M. W. (2011). *Memória*. Porto Alegre: Artmed.
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, 2, 451-459.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., Paredes, T. (2009). Development and Psychometric Properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100) \in Portugal. *International Journal. Behavioral. Medicine*, 16, 116-124. doi: 10.1007/s12529-008-9024-2
- Cancela, D. M. G. (2008). O acidente vascular cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação. *Psicologia.com.pt*. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>.

- Campos, T., Souza, D., Pinheiro, C., & Menezes, A. (2007). Variação temporal no desempenho em testes de memória em pacientes com doença vascular cerebral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 212-219.
- Clarke, P. (2003). Towards a greater understanding of the experience of stroke: integrating quantitative and qualitative methods. *Journal of Aging Studies* 17, 171-187.
- Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2ª Ed). Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale.
- Costa, D. C. A. (2003). *Qualidade de Vida pós – AVC: resultados duma intervenção social*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Costa, F. A., Silva, D. L. A. & Rocha, V. M. (2011). Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 45, 1083–1088.
- Cruz, B. F., Salgado, J. V. & Rocha, F. L. (2010). Associações entre deficits cognitivos e qualidade de vida na esquizofrenia. *Revista Clínica*, 37, 233 – 239.
- Dibo, J. L. A. (2004). *Pré-concepção do funcionamento cognitivo: uma proposta de prevenção e promoção do envelhecimento saudável*. Monografia. Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.
- Direcção Geral da Saúde (2000). *Viver após um acidente vascular cerebral*. Ministérios da Saúde/Direcção Geral da Saúde: Lisboa. Retirado de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005652.pdf>.
- Fischer, C. M. (1982). Lacunar strokes and infarcts: A review. *Neurology*, 32, 871.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G.,... Pizon, V. (1990) Desenvolvimento da versão em português do instrumento de

- avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21: 19-28.
- Fleck, M. P. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33, 198-205.
- Fleck, M. P. A. (2008). O conceito de qualidade de vida e o Projecto WHOQOL. In M. P. A. Fleck (Org.). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde* (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed.
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., & Mangun, G. R. (2006). Neurociência cognitiva: A biologia da mente. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Gershon, R. C., Lai, J. S., Bode, R., Choi, S., Moy, C., Bleck, T., Miller, D., Peterman, A. & Cella, D. (2012). Neuro – Qol: quality of life item banks for adults with neurological disorders: item development and calibrations based upon clinical and general population testing. *Quality of Life Research*, 21, 475 – 486.
- Giovagnoli, A. R., & Avanzini, G. (2000). Quality of life and memory performance in patients with temporal lobe epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 101, 295-300.
- Gomes, A. C. (2005). *Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Direito e as suas repercussões em idosos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade Católica de São Paulo, Pontifícia, São Paulo, Brasil.
- Guiteras, A. F., & Bayés, R. (1993). Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In M. Forns, M. T. Anguera (Org.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica* (pp. 175-195). Barcelona: Universitas.

- Hair, J. F. J., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1995). *Multivariate Data Analysis* (5<sup>a</sup> Ed). Prentice Hall, New Jersey.
- Indredavik B, Slordahl S. A., Bakke F., Rokseth, R., & Haheim, L. L. (1997) Stroke Unit treatment: long term effects. *Stroke*, 28: 1861-66.
- Jonkman, E. J., Weerd, A. W., & Vrijens, N. L. H. (1998). Quality of life after a first ischemic stroke: long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. *Acta Neurologica Scandinavica*, 98, 169-175.
- Kanheman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (1999). Preface. In D. Kanheman, E. Diener, N. Schwarz (Org.). *Well-being: the foundations of the hedonic psychology*. Nova York: The Russel Sage Foundation.
- Kantowitz, B. H., Roediger III, H. L., & Elmes, D. G. (2006). *Psicologia Experimental: Psicologia para compreender a pesquisa em Psicologia*. (8<sup>a</sup> Ed.). Tomson: São Paulo.
- Kimura, M., & Silva, J. V. (2009). Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. *Revista da escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 43, 1098-1104.
- Lasca, V. B. (2003). *Treinamento de memória no envelhecimento nonrmal: um estudo experimental utilizando a técnica de organização*. Dissertação de memestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo..
- Makiyama, T. Y., Battistella, L. R., Litvoc, J., & Martins, L. C. (2004). Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr*, 11, 106 – 109.
- Mantoan, M. A. S., Da Silva, T. I., Alonso, N. B., Noffs, M. H. S., Marques, C. M., Rios, L. B.,... Yacubian, E. M. T. (2006). Neuropsychological Assessment and Quality of Life in Patients with Refractory Temporal Lobe Epilepsy Related to

- Hippocampal Sclerosis. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 12, 201-206.
- Mol, M., Ruiter, R., Verhey, F., Dijkstra, J., & Jolles, L. (2005). “A study into the psychosocial determinants of perceived forgetfulness implications for future interventions”, *Aging & Mental Health*, 12, 167-176.
- Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. A. & Maestú, F. (2012). Memory complaints in the elderly: Quality of life and daily living activities: A population based study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 298 – 304.
- Morris, J., Perez, D., & McNoe, B. (1998). The use of quality of life data in clinical practice. *Quality of Life Research*. 7, 85-91
- Neri, A. L. (2001). Envelhecimento cognitivo. In: E.V. Freitas, L. Py, A. L., Neri, F. A. X., Cançado, M. L., Gorzoni & S. M. Rocha (Orgs.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1461-1476). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Morimoto, T., Schreiner A. S., & Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing*, 32, 218-223.
- Nascimento, E. (2001). Escala Wechsler de Inteligência para adultos – terceira edição: WAIS-III. *Expressão Psi*, 5, 65-72.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1997). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Geneva: World Health Organization.
- Rabelo, D. F., & Néri, A. L. (2006). Bem-Estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estudos de Psicologia*, 11, 169 – 177.
- Renzi E., & Nichelli P. (1975). Verbal and non-verbal short-term memory impairment following hemispheric damage. *Cortex*, 11, 341-354.

- Rozenenthal, M., Engelhardt, E., & Laks, J. (1995). Memória: aspectos funcionais. *Revista Brasileira Neurologia*, 31, 157 - 60.
- Scalzo, P. L., Souza, E. S., Moreira, A. G. O., & Vieira, D. A. F. (2010). Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Revista de Neurociências*, 18, 139 - 144.
- Schafer, P. S., Oliveira-Menegotto, L., & Tisser, L. (2010). Acidente Vascular Cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. *Ciências & Cognições*, 15, 202 - 215.
- Schacter, D. L., & Tulving, E. (1994). What are the memory systems of 1994? In D. L. Schacter & E. Tulving (Eds.), *Memory systems 1994* (pp. 2-38). Cambridge: The MIT Press.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de .Saúde Pública*, 20, 580-588.
- Skilbeck, C. E., Wade, D. T., Langton Hewer, R., & Wood, V. A. (1983). Recovery after stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 46, 5 – 8.
- Solberg, M. M., & Mateer, C. A. (2009). *Reabilitação cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrativa*. São Paulo: L. Santos.
- Squire, L. R. (2004). Memory systems of the brain: a brief history and current perspective. *Neurobiology of Learning and Memory*, 82, 171 - 177.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G. B. (2002). *Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (9ª ed). Guanabara Koogan: Rio de Janeiro.
- Simões, M. R. (1995). Política e moral da avaliação psicológica: considerações em torno dos problemas éticos e deontológicos. In L.S. Almeida & I. O. Ribeiro (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. III, pp. 155-162). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

- Taillefer, M. C., Dupuis, G., Roberge, M. A., & Le May, S. (2003). Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64, 293-323.
- Terroni, L. M. N., Mattos, P. F., Sobreiro, F. M., Guajardo, V. D. & Fráguas, R. (2009). Depressão pós AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36, 100 - 108.
- Tulving, E. (1987). Episodic and semantic memory. *Organization of memory*, 48, 381 - 403.
- Tulving (2000). Concepts of memory. In E. Tulving, & F.I. M. Craik (Eds.), *The Oxford handbook of memory* (pp. 33-43). New York: Oxford University Press.
- Umphred, D. (2009) *Reabilitação Neuropsicológica*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- UNESCO (1983). *Quality of Life: Problems of Assessment and Measurement*. Paris: UNESCO.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49. WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *Journal of Mental Health*, 23, 24-56.
- Wechsler, D. (2008). *WMS-III: Escala de Memória de Wechsler – 3ª Edição*, Lisboa: Cegoc.
- Wilson, B. A. (2010). *Reabilitação da memória*. Artmed: São Paulo.
- World Health Organization [WHO] (1978). *Cerebrovascular disorders. A clinical and research classification*. Geneva: WHO.



Yassuda, M. S. (2002) *Memória e envelhecimento saudável*. In Fretias, E.V; Py, L; Neri, A. L; Cançado, F. A. X; Gorzoni, M. L; Rocha, S. M. Tratado de geriatria e gerontologia. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro.

Yassuda, M. S., Lasca, V. B., & Neri, A. L. (2005). Meta-memória e auto-eficácia: Um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18, 78-90. Retirado de <http://www.scielo.br>.

## **ANEXOS**

# WHOQOL-BREF



**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
<b>Domínio 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

**DADOS PESSOAIS****A1 Idade**  anos**A2 Data de Nascimento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**A3 Sexo**  Masculino  
 Feminino**A4 Escolaridade**

Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
1 <sup>o</sup> -4 <sup>o</sup> anos	<input type="text"/>
5 <sup>o</sup> -6 <sup>o</sup> anos	<input type="text"/>
7 <sup>o</sup> -9 <sup>o</sup> anos	<input type="text"/>
10 <sup>o</sup> -12 <sup>o</sup> anos	<input type="text"/>
Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>

**A5 Profissão** **A6.1 Freguesia**   
**A6.2 Concelho**   
**A6.3 Distrito** **A7 Estado Civil**

Solteiro(a)	<input type="text"/>
Casado(a)	<input type="text"/>
União de facto	<input type="text"/>
Separado(a)	<input type="text"/>
Divorciado(a)	<input type="text"/>
Viúvo(a)	<input type="text"/>

**B1a** Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐**B1b** Que doença é que tem? **B2** Há quanto tempo? **B3** Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐**C. Forma de administração do questionário**

- 1. Auto-administrado ☐
- 2. Assistido pelo entrevistador ☐
- 3. Administrado pelo entrevistador ☐

**D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?**

---

---

---

---

---

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5